

## نقش تعدیل‌کننده شفقت به خود در رابطه بین فشار مراقبتی و افسردگی در والدین کودکان مبتلا به سرطان

سحر نورسینا<sup>۱</sup>، قمر کیانی\*<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۵/۲۴ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۷/۳۰

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** افزایش هزینه‌های درمان سرطان در ایران و رشد تک‌فرزندی، والدین را بیش‌ازپیش تحت فشارهای ناشی از مراقبت از کودک دچار سرطان قرار داده است که در این بین افسردگی از شایع‌ترین پیامدهاست. افزایش شفقت با توجه به نقش محافظتی آن در برابر آسیب‌های روانی، می‌تواند در حفظ سلامت روان والدین این کودکان سودمند باشد. پژوهش حاضر باهدف تعیین رابطه بین فشار مراقبتی و افسردگی در والدین کودکان مبتلا به سرطان با نقش تعدیل‌کنندگی شفقت به خود، انجام شد.

**مواد و روش کار:** روش پژوهش توصیفی و از نوع مقطعی-همبستگی و جامعه آماری آن، والدین کودکان مبتلا به سرطان زیر ۱۸ سال بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۷۶ نفر از والدین، از بیمارستان‌های محک، بهرامی، مفید و میلاد، پرسشنامه‌های فشار مراقبتی نواک و گست (CBI)، فرم کوتاه افسردگی بک (BDI-II) و فرم کوتاه شفقت به خود ریس و همکاران را تکمیل کردند. تحلیل نتایج با استفاده از نرم‌افزارهای smart pls-3 و spss-27 انجام شد. روابط بین متغیرها با آزمون همبستگی پیرسون و مدل پژوهش با استفاده از فن معادلات ساختاری به روش حداقل مجزورات جزئی (pls) ارزیابی شد.

**یافته‌ها:** با تحلیل یافته‌ها تأثیر فشار مراقبتی بر افسردگی ( $p < 0/05$ ) و تأثیر شفقت به خود بر افسردگی ( $p < 0/05$ ) در والدین کودکان مبتلا به سرطان تأیید شد. همچنین یافته‌ها نشان داد بین شفقت به خود و فشار مراقبتی رابطه وجود دارد ( $p < 0/05$ ). در نهایت اثر تعدیل‌گری شفقت به خود در رابطه بین فشار مراقبتی و افسردگی تأیید شد که شدت اثر تعدیل‌گری برابر با  $-0/122$  و جهت تعدیل‌گری منفی بود ( $p < 0/05$ ). بر این اساس مشخص شد شفقت به خود می‌تواند در کاهش تأثیر فشار مراقبتی بر افسردگی مؤثر باشد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که شفقت به خود با کاهش ادراکات منفی در طول مراقبت از فرزند مبتلا به سرطان، کاهش علائم افسردگی را تسهیل می‌کند. بنابراین ارائه‌ی روان‌درمانی مبتنی بر شفقت به خود، در مراکز درمانی سرطان می‌تواند در کاهش فشار مراقبتی و افسردگی در والدین کودکان مبتلا به سرطان مؤثر باشد.

**کلیدواژه‌ها:** سرطان، فشار مراقبتی، کودکان، افسردگی، والدین، شفقت به خود

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره هفتم، پی‌درپی ۱۶۸، مهر ۱۴۰۲، ص ۵۵۸-۵۷۴

آدرس مکاتبه: زنجان، بلوار دانشجو، جاده اراضی پائین کوه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان. تلفن: ۰۲۴۳۳۴۶۹۵۰۰

Email: noursinasahar@gmail.com

### مقدمه

بدو تولد تا ۱۴ سالگی از سال ۱۹۷۰ تا ۲۰۱۶ به میزان ۶۵ درصد کاهش یافته است، اما سرطان همچنان عامل اصلی مرگ‌ومیر ناشی از بیماری در میان کودکان است (۳). برای سال‌های متمادی، فرض بر این بود که سرطان تأثیر کمی بر بهزیستی مراقبان خانواده دارد، زیرا مراقبان کسانی نیستند که به سرطان مبتلا می‌شوند اما با افزایش مطالعات در خصوص تأثیر سرطان بر خانواده، آگاهی از پیامدهای منفی سرطان بر خانواده بیشتر شده است. ابتلای یکی از

یکی از بیماری‌های شایع قرن حاضر در کودکان، سرطان می‌باشد که دومین عامل مرگ کودکان در کشورهای غیر پیشرفته محسوب می‌شود (۱). این بیماری، دومین عامل مرگ کودکان زیر ۱۴ سال در ایران می‌باشد و حدود ۴ درصد از مرگ‌ومیر کودکان کمتر از ۷ سال را به خود اختصاص می‌دهد (۲). اگرچه میزان مرگ‌ومیر ناشی از سرطان کودکان از

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

<sup>۲</sup> استادیار گروه روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران (نویسنده مسئول)

فرزندان به بیماری مزمن، یک وضعیت بحرانی برای کل خانواده تلقی می‌شود و سبک زندگی خانواده را دچار تغییر می‌کند (۴). از این رو سینکوتا<sup>۱</sup>، سرطان کودک را به‌عنوان یک بیماری خانوادگی توصیف می‌کند زیرا همه افراد را در سیستم خانواده تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). ابتلای فرزند به این بیماری عواقب جدی بر سلامت جسمی و روانی خانواده و مراقب دارد (۶). مادران به‌محض شنیدن تشخیص سرطان فرزندشان دچار احساسات منفی شدیدی می‌شوند (۷). در واقع درک اینکه فرزند به سرطان مبتلا شده است یکی از استرس‌زاترین رویدادهای زندگی است که والدین تجربه خواهند کرد. با تشخیص سرطان در کودک، مراقب از کودک، به چالشی جدی برای والدین تبدیل می‌گردد به‌طوری‌که بیشتر والدین کودکان مبتلا به سرطان، سطوح بالایی از فشار مراقبتی را تجربه می‌کنند (۸،۹). تا جایی که در برخی موارد مراقبین حتی پریشانی روانی بیشتری نسبت به خود بیماران تجربه می‌کنند (۱۰). مفهوم فشار یا همان بار مراقبت<sup>۲</sup> ابتدا توسط هونیگ و همیلتون<sup>۳</sup> (۱۱) مطرح شد که معتقد بودند فشار را می‌توان به فشار ذهنی و عینی تقسیم کرد. فشار ذهنی در درجه اول شامل احساسات شخصی مراقبین است که در حین انجام عملکرد مراقبت ایجاد می‌شود، درحالی‌که فشار عینی به‌عنوان رویدادها یا فعالیت‌های مرتبط با تجربیات مراقبت منفی تعریف می‌شود. در جدیدترین تحلیل مفهومی که توسط لئو<sup>۴</sup> و همکاران (۱۲) انجام شد، فشار مراقبتی به‌عنوان "میزان فشار چندبعدی که مراقب در طول مراقبت از یکی از عزیزان یا اعضای خانواده خود در طول زمان درک می‌کند" تبیین گشت. در ایران با توجه به افزایش الگوی تک‌فرزندی در دهه‌ی اخیر (۱۳) توجه افراطی به فرزند افزایش یافته (۱۴) و بیماری کودک بیش‌ازپیش عواقب منفی روی والدین به دنبال دارد. از طرفی در چند سال اخیر هزینه‌های درمان سرطان به علت تحریم دارو رشد چشمگیری در ایران داشته (۱۵) لذا والدین بیش از گذشته تحت فشارهای ناشی از مراقبت از کودک دچار سرطان قرار دارند. در این میان یکی از شایع‌ترین پیامدهایی که مراقبت و فشار حاصل از آن به دنبال دارد افسردگی مراقبان است (۱۶، ۱۷). مراقبت تمام‌وقت از کودک و مشاهده‌ی شیمی‌درمانی و عوارض آن باعث تجربه‌ی حالت افسردگی در والدین می‌گردد (۱۸) که شیوع بالایی در میان والدین کودکان مبتلا به سرطان دارد (۱۹). در واقع افسردگی شدید از عمده‌ترین اثرات نامطلوب سرطان کودک برای والدین می‌باشد (۲۰). افسردگی می‌تواند با کاهش مقاومت و تحمل شکست در والدین، کیفیت زندگی کل خانواده را تحت‌الشعاع قرار دهد (۲۱). علائم افسردگی تجربه‌شده در طول مراقبت، سلامت عمومی مراقبین را کاهش داده

و عملکرد اجتماعی آن‌ها را ضعیف‌تر می‌کند و از این طریق می‌تواند بر سلامت طولانی‌مدت آن‌ها تأثیر منفی بگذارد (۲۲). همچنین افسردگی می‌تواند توانایی اعضای خانواده را جهت حفظ کارکرد خانواده و حمایت مثبت از بیمار مختل کند (۲۳). بنابراین بررسی تأثیر فشار مراقبتی بر افسردگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این راستا مطالعات متعددی در حوزه‌های مختلف روانشناسی و بهداشت روانی انجام‌شده تا ارتباط بین فشار مراقبتی و افسردگی را بررسی کنند. این مطالعات نشان داده است که ارتباط بین این دو متغیر پیچیده و چندجانبه است (۲۴-۲۶).

پژوهش محمد محمود و همکاران، وجود همبستگی مثبت بین فشار مراقبتی و افسردگی را نشان داد (۲۷). اونسار و همکارانش دریافتند که با افزایش فشار مراقبتی، سطح افسردگی نیز در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان افزایش می‌یابد (۲۸). همچنین نتایج مطالعه‌ی دیگری نشان داد نقش فشار مراقبتی در پیش‌بینی علائم افسردگی معنی‌دار است (۲۹). از طرفی فشار مراقبتی و افسردگی بالا در والدین و مراقبین بیماران پیامدهای منفی بسیاری در کیفیت ارائه‌ی مراقبت به بیماران دارد و حتی سبب تشدید شرایط آنان می‌گردد (۳۰)؛ در این راستا دو پژوهش نشان داده‌اند که هنگامی‌که مراقبان مضطرب بودند، این احتمال وجود داشت که بیماران نیز مضطرب باشند (۳۱،۳۲). بنابراین سطح استرس و پریشانی‌های عاطفی تجربه‌شده توسط مراقبان به‌طور مستقیم روی بیماران تأثیر می‌گذارد. فشار مراقبتی بالا و افسردگی والدین نه‌تنها در کنترل بیماری کودک تأثیر منفی می‌گذارد بلکه در تربیت دیگر فرزندان نیز آثار منفی بر جا دارد به‌طوری‌که والدین ممکن است از دیگر فرزندان خود غافل شوند.

همان‌طور که اشاره شد فشار مراقبتی، علائم افسردگی را در مراقبین بیماران به دنبال دارد که پژوهش‌های بسیاری نشان‌دهنده‌ی تأثیر مستقیم فشار مراقبتی بر افسردگی بوده‌اند (۳۳،۳۴،۳۵). از آنجاکه فشار مراقبتی و در نتیجه‌ی آن بروز علائم افسردگی در مراقبین، تأثیرات منفی قابل‌توجهی در پی دارد (۳۶-۳۸) و (۳۰) لذا ارائه‌ی راهکاری برای کاهش اثرات مخرب فشار مراقبتی و پیشگیری از افسردگی حائز اهمیت است (۳۳،۳۴). چراکه افزایش سلامت روان و بهبود علائم روانی و رفتاری والدین و مراقبین، می‌تواند در کنترل سرطان کودک و روابط والدین با دیگر فرزندان مؤثر باشد. افزایش شفقت به خود در مراقبین می‌تواند یکی از این تدابیر باشد. به‌طور خلاصه، فرضیه‌ی این مطالعه مرتبط با چالش‌های جسمی و روانی والدین کودکان مبتلا به سرطان، که فشار مراقبتی زیادی را بر آن‌ها وارد می‌سازد می‌باشد و تلاش دارد تا نقش شفقت

<sup>3</sup> Hoenig & Hamilton

<sup>4</sup> Liu

<sup>1</sup> Cincotta

<sup>2</sup> Caregiver burden

رابطه منفی با فشار مراقبت دارد (۵۳). همچنین هسیه<sup>۲</sup> و همکاران (۵۴)، در مطالعه‌ی خود که بر مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان ریه انجام گرفت نشان دادند که شفقت به خود می‌تواند به‌عنوان عامل محافظتی برای مراقبین در نظر گرفته شود تا فشار مراقبتی و افسردگی را کاهش دهد. بدین ترتیب با مشاهده ارتباط منفی بین مفهوم شفقت به خود با فشار ناشی از مراقبت و افسردگی در مراقبین بیماران، مداخلات مبتنی بر شفقت به خود در مراقبین بیماران، شکل گرفت که نتایج آن‌ها، نشان‌دهنده تأثیر مثبت این مداخلات در کاهش علائم افسردگی بوده است (۵۵). در این حوزه، مطالعاتی به‌طور خاص بر مراقبین بیماران دچار سرطان نیز انجام گرفته است. یکی از این مطالعات نشان داده است که شفقت به خود با کاهش تأثیر فشار مراقبتی بر افسردگی همراه است (۵۶).

باوجود اهمیت سازه‌ی شفقت به خود در کاهش افسردگی ناشی از فشار مراقبتی، در کشور ایران تاکنون مطالعه‌ای صورت نگرفته است. حال آنکه سطح شفقت به خود ممکن است مبتنی بر بافت و زمینه باشد و در فرهنگ‌های مختلف متفاوت باشد (۵۷). همچنین توجه به این نکته ضروری است که ریشه‌های فرهنگی یا هنجارهای اجتماعی مراقبان ممکن است اعتقادات آن‌ها را در مورد مراقبت و فشاری که بر دوش دارند را تعیین کند (۱۷ و ۵۸). به‌طوری‌که پژوهش‌ها نشان داده‌اند بسیاری از آسیای‌ها مراقبت از اعضای خانواده را وظیفه‌ی اخلاقی خود می‌دانند و به همین دلیل کمتر اعضای خانواده را به مراکز مراقبت و پرستاری می‌سپارند (۵۹). بنابراین ممکن است فشار مراقبت بیشتری را احساس کنند. همچنین مطالعات دیگری نیز نشان داده‌اند که بیماران آسیایی در مقایسه با هم‌تایان غربی یا جمعیت عمومی، علائم شدیدتری از استرس عاطفی و نیازهای برآورده نشده را تجربه می‌کنند (۶۰) که این ممکن است فشار مراقبتی بیشتری به مراقبان آن‌ها وارد آورد. از سوی دیگر مراقبان بیماران سرطانی در کشورهای آسیایی از جمله ایران، نسبت به هم‌تایان خود در اروپا یا آمریکا دارای کیفیت زندگی ضعیف هستند (۵۹) و از آنجاکه کیفیت زندگی به‌طور قابل‌توجهی پیش‌بینی‌کننده‌ی نمرات افسردگی می‌باشد (۶۱)، می‌تواند در ابتلای بیشتر آنان به افسردگی در اثر مراقبت، نقش داشته باشد. با توجه به ادراک بیشتر فشار مراقبتی در بین مراقبین بیماران در کشورهای آسیایی از جمله ایران، پژوهش در این حیطه از اهمیت بالایی برخوردار است.

علاوه بر این، جامعه‌ی مورد مطالعه در معدود پژوهش‌های انجام گرفته در کشورهای مختلف به‌طور کلی شامل مراقبین بیماران سرطانی بوده است و هیچ پژوهشی به‌طور خاص روی والدین

به خود در تسهیل مدیریت فشار مراقبتی حاصل از این چالش‌ها و پیشگیری از افسردگی والدین را بررسی کند. این فرضیه از آنجایی مطرح شده که والدین کودکان مبتلا به سرطان به دلیل فشارهای مراقبتی زیادی که با بیماری فرزندانشان همراه است، در معرض خطر افسردگی هستند. تحقیقات پیشین نشان داده‌اند عوامل روانی مثل شفقت به خود با کاهش آسیب‌شناسی روانی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی همراه است (۳۷-۳۵). در این مطالعه، شفقت به خود به‌عنوان یکی از این عوامل در نظر گرفته شده است. مطالعات نشان داده‌اند شفقت به خود با سطوح پایین‌تری از افسردگی همراه است (۳۸،۳۹) به‌طوری‌که در مطالعه‌ای شفقت به خود توانست به نحو چشمگیری تغییرات نمرات افسردگی را پیش‌بینی کند (۴۰). تحقیقات همچنین نشان داده‌اند که شفقت به خود نقش مثبتی در کاهش افسردگی در مراقبان دارد (۴۱،۴۲) و می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظتی در برابر آسیب‌های روانی من جمله فشار مراقبتی و افسردگی عمل کند (۴۳،۴۴). به‌علاوه، مطالعات تجربی نشان داده‌اند که افزایش شفقت به خود به‌عنوان بخشی از مداخلات روان‌درمانی ممکن است به کاهش افسردگی در افراد کمک کند (۴۷-۴۵). با توجه به این موارد، فرضیه‌ی ما در این تحقیق این است که شفقت به خود ممکن است نقش تعدیل‌کننده‌ای را در رابطه بین فشار مراقبتی و افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان ایفا کند. به‌عبارت‌دیگر، والدینی که شفقت به خود بیشتری را تجربه می‌کنند، ممکن است توانایی بیشتری داشته باشند تا با فشار مراقبتی مواجه شوند و از افسردگی جلوگیری کنند. در این مطالعه به نقش شفقت به خود به‌عنوان یک عامل محافظ در رابطه‌ی بین فشار مراقبتی و افسردگی پرداخته شده است. مفهوم شفقت به خود<sup>۱</sup> ابتدا توسط نف<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) برای توصیف یک وضعیت روانی که در آن افراد از رنج شخصی خود آگاه هستند و آن را می‌پذیرند و همان مهربانی و توجهی را نسبت به خود نشان می‌دهند که به دیگران ابراز می‌کنند مطرح شد (۴۸). شفقت به خود می‌تواند هوش عاطفی، تاب‌آوری کلی، شفقت نسبت به دیگران و دیدگاه‌گیری را در متخصصان مراقبت‌های بهداشتی ارتقا دهد (۵۱-۴۹). علاوه بر این مطالعات، مفهوم شفقت به خود در ارتباط با فشار مراقبت در مراقبین بیماران، مورد بررسی قرار گرفته است به‌عنوان مثال مطالعه‌ای روی پرستاران که مراقبین حرفه‌ای بیماران می‌باشند نشان داد که پرستارانی که شفقت به خود بالاتری دارند در برابر فرسودگی ناشی از مراقبت مقاوم‌تر هستند (۵۲). همین نتیجه در مورد مراقبین غیررسمی بیماران نیز به دست آمده است. برای نمونه مطالعه‌ای که بر روی مراقبان بیماران زوال عقل انجام شد نشان داد که شفقت به خود

<sup>3</sup> Hsieh

<sup>1</sup> Self-compassion

<sup>2</sup> Neff

کودکان مبتلا به سرطان وجود ندارد درحالی که افسردگی آن‌ها می‌تواند بهزیستی خانواده را تضعیف کند، به‌طور مستقیم سلامت روانی دیگر فرزندان خانواده را تحت تأثیر قرار دهد و آسیب‌های بسیاری بر جامعه وارد آورد. در پی آنچه گفته شد و با توجه به این که در زمینه‌ی نقش شفقت به خود در کاهش اثر فشار مراقبتی بر افسردگی تحقیقات بسیار اندکی انجام گرفته و همچنین با در نظر گرفتن نقش محوری والدین در مراقبت از کودکان دچار سرطان این پژوهش در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا شفقت به خود می‌تواند نقش تعدیل‌کننده در رابطه‌ی بین فشار مراقبتی و افسردگی در والدین کودکان مبتلا به سرطان داشته باشد؟

## مواد و روش کار

طرح پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی با کاربرد مدل معادلات ساختاری می‌باشد.

در این پژوهش، فشار مراقبتی به‌عنوان متغیر مستقل، افسردگی به‌عنوان متغیر وابسته و شفقت به خود به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده در نظر گرفته شده است. جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل تمامی والدین کودکان مبتلا به سرطان زیر ۱۸ سال مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های محک، مفید، میلاد و بهرامی در سال ۱۴۰۱ برای درمان فرزندان خود بوده است که بر طبق فرمول کوکران برای جوامع نامحدود، تعداد ۳۸۴ نفر از آنان به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. فرمول کوکران برای محاسبه حجم نمونه زمانی که حجم جامعه نامحدود باشد:

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

در این محاسبات  $Z^2$  در سطح خطای  $\alpha=5\%$  محاسبه شده و برابر ۱/۹۶ است.

مقدار خطای  $d$  به‌صورت پیش فرض ۰/۰۵ در نظر گرفته می‌شود.

در بدترین حالت مقدار  $p$  و  $q$  برابر ۰/۵ خواهد بود. در این صورت حجم نمونه ۳۸۴ به دست خواهد آمد.

اجرای این پژوهش از اواسط مهر ماه سال ۱۴۰۱ آغاز شد. گردآوری داده‌ها در این پژوهش به روش میدانی انجام گرفت؛ به این صورت که پس از اخذ کد اخلاق از کار گروه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد واحد زنجان به شناسه‌ی IR.IAU.Z.REC.1401.062 به شکل حضوری به بیمارستان اختصاصی سرطان کودکان محک و بیمارستان‌های مفید، میلاد و بهرامی شهر تهران مراجعه شد که ضمن آشنایی با محیط پژوهش اطلاعات مورد نیاز کسب گردید. در مرحله بعد با مراجعه مجدد، نسبت به توضیح پرسشنامه‌ها در بین والدین اقدام گشت. با روش

نمونه‌گیری در دسترس، از والدین کودکان دچار سرطان زیر ۱۸ سال که به همراه فرزندان به این بیمارستان‌ها مراجعه کرده بودند خواسته شد که در صورت تمایل با پر کردن پرسشنامه در این پژوهش همکاری کنند. ملاک‌هایی جهت ورود آزمودنی‌ها به نمونه و خروج افراد از مطالعه در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بود از: الف) والدین کودکانی که سن فرزند مبتلا به سرطانشان کم‌تر از ۱۸ سال باشد. ب) والدینی که رضایت کامل خود را جهت پاسخ به پرسشنامه‌ها اعلام کنند. ج) داشتن حداقل سن ۲۰ سال و حداکثر سن ۶۰ سال. د) داشتن حداقل تحصیلات دیپلم. ه) عدم ابتلای والد، به‌عنوان آزمودنی، به بیماری جسمی شدید و اختلال روانی مزمن بر اساس خود گزارش دهی آزمودنی. و) داشتن زندگی مشترک و عدم طلاق والدین به‌طوری‌که مسئولیت فرزند مبتلا به سرطان بر عهده‌ی هر دوی والدین باشد. ز) نداشتن فرزند دیگر مبتلا به بیماری خاص جسمی. همچنین پر کردن پرسشنامه‌ها به‌طور ناقص به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود قبل از ارائه‌ی پرسشنامه‌ها به شکل شفاهی از آزمودنی‌هایی که تمایل به همکاری داشتند پرسیده شد و در نهایت به والدینی که تمامی معیارهای ورود به پژوهش را داشتند توضیحات لازم متناسب با اهداف تحقیق ارائه شد و پرسشنامه‌های تحقیق در اختیارشان قرار داده شد و با دادن زمان مناسب از آنان خواسته شد تا با دقت به سؤالات پاسخ دهند.

پرسشنامه‌ها که هر یک شامل پرسشنامه‌های افسردگی، فشار مراقبتی و شفقت به خود بود در بین ۳۹۰ نفر از والدین توزیع شد. با توجه به احتمال ریزش، پرسشنامه‌ها در تعداد بیشتری نسبت به حجم نمونه (۳۸۴) بین والدین توزیع شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، پرسشنامه‌های ناقص و مخدوش حذف و همچنین داده‌های پرت کنار گذاشته شدند که در نهایت حجم نمونه‌ی آماری نهایی ۳۷۶ نفر تعیین گردید و داده‌های حاصل از این ۳۷۶ پرسشنامه تجزیه و تحلیل شد. در سطح توصیفی از فراوانی و درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار جهت توصیف متغیرهای جمعیت شناختی و اصلی استفاده شد و در سطح استنباطی روابط بین متغیرها با آزمون همبستگی پیرسون و مدل پژوهش با استفاده از تکنیک مدلسازی معادلات ساختاری به روش حداقل مجزورات جزئی (PLS) ارزیابی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و Smart PLS نسخه ۳ انجام شد. حداکثر سطح خطای آلفای آزمون فرضیه‌ها، مقدار ۰/۰۵ در نظر گرفته شد ( $p < 0.05$ ).

ابزارهای این پژوهش شامل موارد زیر است:

**پرسشنامه‌ی فشار مراقبتی<sup>۱</sup> CBI:**

هر مقوله، بالاترین نمره ۳ است، بنابراین حداکثر نمره مقیاس ۳۹ خواهد بود. نمره‌ی ۴ و کمتر، هیچ یا کمترین حد افسردگی، نمرات بین ۵-۷ افسردگی خفیف، نمرات بین ۸-۱۵ افسردگی متوسط و نمرات بین ۱۶-۳۹ افسردگی شدید را شامل می‌گردد. در خصوص روایی، در پژوهش رجبی (۶۷)، روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. در خصوص پایایی، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش رجبی (۶۷)، برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد.

**پرسشنامه‌ی شفقت به خود فرم کوتاه<sup>۵</sup> (ریس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۱):**

پرسشنامه شفقت به خود در سال ۲۰۱۱ توسط ریس و همکاران (۶۸)، برای اندازه‌گیری سه مؤلفه مهربانی به خود در برابر قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی در برابر انزوا و ذهن آگاهی در برابر همانندسازی افراطی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سؤال و ۶ مؤلفه می‌باشد و بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت با سؤالاتی مانند (وقتی در انجام کاری که برایم مهم است شکست می‌خورم، احساس‌های بی‌کفایتی مرا تحلیل می‌برد) به سنجش شفقت خود می‌پردازد. مؤلفه‌های این پرسشنامه شامل مهربانی به خود، قضاوت کردن خود، تجارب مشترک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی، همانندسازی افراطی می‌باشد. در این پرسشنامه ماده‌ها در یک مقیاس لیکرت ۵ رتبه‌ای، از تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۵ تنظیم شده که نمره بالاتر سطح بالاتر شفقت خود را نشان می‌دهد. ضمناً ماده‌های ۱، ۴، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. این پرسشنامه دارای ۶ بعد بوده که برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد مجموع امتیازات مربوط به تک تک سؤالات آن بعد را باهم محاسبه نمایید. امتیازات بالاتر در هر بعد نشان‌دهنده تأثیرگذاری بیشتر آن بر انگیزش شغلی می‌باشد و برعکس. در خصوص روایی، در پژوهش شهبازی و همکاران (۶۹)، روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. در خصوص پایایی، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش شهبازی و همکاران (۶۹)، برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد.

**یافته‌ها**

در این پژوهش رابطه متغیرها با آزمون همبستگی پیرسون سنجیده شد و از روش آماری مدل سازی معادلات ساختاری به روش حداقل مجذورات جزئی (PLS) برای آزمون مدل مفهومی استفاده

پرسشنامه استاندارد فشار مراقبتی CBI دارای ۲۴ عبارت می‌باشد. این پرسشنامه در سال ۱۹۸۹ توسط نواک و گست<sup>۲</sup> (۶۲) برای اندازه‌گیری فشار مراقبتی عینی و ذهنی ساخته شده است که دارای ۵ مولفه‌ی فشار مراقبتی وابسته به زمان، فشار مراقبتی تکاملی، فشار مراقبتی جسمی، فشار مراقبتی اجتماعی و فشار مراقبتی عاطفی می‌باشد و نمره گذاری آن بر اساس مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) تنظیم شده است که هر یک از این گزینه‌ها از ۰ تا ۴ امتیاز دارند. بالاترین نمره‌ای که فرد در این پرسشنامه می‌تواند اخذ نماید ۹۶ و پایین‌ترین نمره ۰ می‌باشد. بر طبق نظر سازندگان این آزمون نمره ۳۶ و بالاتر، نشان‌دهنده فشار مراقبتی بالا در فرد می‌باشد (۶۲). در مطالعه نواک و همکاران، روایی و پایایی پرسشنامه بار مراقبتی در مراقبین اندازه‌گیری شده است. آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس ۱ و ۲ برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۷، و برای زیر مقیاس ۳ و ۴ برابر با ۰/۸۶ و ۰/۷۳ و ۰/۷۷ برآورد شد (۶۲). در پژوهش شفیع‌زاده و همکاران میزان کل همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) برای زیر مقیاس‌های نسخه فارسی پرسشنامه ۰/۹۳ بود. یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده‌ی روایی صوری، سازه، همسانی درونی و ثبات ابزار بود (۶۳).

ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در ایران در پژوهش عباسی و همکاران (۶۴)، برابر با ۰/۹۰ و در پژوهش سلمانی و همکاران (۶۵)، برابر با ۰/۹۲ به دست آمد.

**پرسشنامه افسردگی یک کوتاه<sup>۳</sup> (BDI-II):**

پرسشنامه افسردگی (BDI-II) در سال ۱۹۷۲ توسط بک<sup>۴</sup> (۶۶)، برای سنجش نشانه‌های افسردگی مانند افسردگی عاطفی، شناختی، انگیزشی و فیزیولوژیکی طراحی و تدوین شده است که یک فرم کوتاه ۱۳ سؤالی به صورت خود گزارشی است. این پرسشنامه شامل دو مؤلفه‌ی عاطفه منفی نسبت به خود (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷) و بی‌لذتی (سؤالات، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۳) می‌باشد (سؤال هفت در هر دو مؤلفه محاسبه می‌شود) که در آن چندین گروه سؤال وجود دارد و هر سؤال بیان‌کننده‌ی حالتی در فرد است. این پرسشنامه شامل یک مقیاس چهار گویه ای است که دامنه‌ی نمره آن از صفر تا ۳ است. برای محاسبه‌ی نتایج، نمراتی که آزمودنی با کشیدن دایره مشخص کرده است باید با یکدیگر جمع شوند. چنانچه مراجع با بیماری در یک یا چند مقوله بیش از یک سؤال را با دایره مشخص کرده باشد، فقط یک سؤال از آن مقوله و آن هم سؤالی را که بالاترین نمره را دارد، به حساب می‌آید. از آنجا که در

4 Beck

5 Self-Compassion Scale-Short Form (SCS-SF)

6 Raes

1 caregiver burden inventory-CBI

2 Novak &amp; Guest

3 Beck Depression Inventory

شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و Smart PLS نسخه ۳ انجام شد. دلیل استفاده از رویکرد حداقل مجذورات جزئی در درجه اول وجود متغیر تعدیل‌گر در مدل بود که این نرم‌افزار قابلیت تحلیل آن را دارد، و در درجه دوم عدم برقرار بودن مفروضه نرمال بودن چند متغیره بود. نرمال بودن چند متغیره

**جدول (۱): توصیف متغیرهای جمعیت شناختی جنسیت، تحصیلات و سن (n= ۳۷۶)**

ویژگی	تعداد	درصد
جنسیت		
مرد	۳۰۱	۸۰/۱
زن	۷۵	۱۹/۹
تحصیلات		
دیپلم	۱۲۸	۳۴
کاردانی	۵۱	۱۳/۶
کارشناسی	۱۱۴	۳۰/۳
کارشناسی ارشد و دکترا	۸۳	۲۲/۱
سن	میانگین	انحراف استاندارد
	۳۹/۶۵	۹/۲۰

نتایج جدول ۱ نشان داد از نظر ویژگی‌های زمینه‌ای، جنسیت اکثر پاسخگویان یعنی ۳۰۱ نفر (۸۰/۱ درصد) مرد و ۷۵ نفر (۱۹/۹ درصد) زن بود. میزان تحصیلات ۱۲۸ نفر (۳۴ درصد) دیپلم، ۵۱ نفر (۱۳/۶ درصد) کاردانی، ۱۱۴ نفر (۳۰/۳ درصد) کارشناسی و ۸۳ نفر (۲۲/۱ درصد) کارشناسی ارشد و دکتری بود. میانگین سن پاسخگویان برابر با ۳۹/۶۵ سال با انحراف استاندارد ۹/۲۰ بود که کمترین سن ۲۳ سال و بیشترین سن پاسخگویان ۶۰ سال بود. در جدول ۲ آماره‌های توصیفی متغیرهای اصلی به همراه مقادیر کجی و کشیدگی به منظور سنجش مفروضه نرمال بودن تک متغیره که پیش فرض آزمون همبستگی پیرسون است، آمده است.

**جدول (۲): شاخص‌های توصیفی متغیرهای اصلی به همراه شاخص‌های سنجش نرمال بودن**

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
فشار مراقبتی وابسته به زمان	۱۳/۴۹	۴/۲۴	۰/۲۱۱	-۰/۳۳۰
فشار مراقبتی تکاملی	۱۳/۰۲	۴/۱۸	۰/۳۳۵	-۰/۱۶۹
فشار مراقبتی جسمی	۱۰/۲۳	۴/۰۱	۰/۵۲۶	-۰/۴۸۰
فشار مراقبتی اجتماعی	۱۳/۶۷	۴/۳۷	۰/۱۷۱	-۰/۳۹۱
فشار مراقبتی عاطفی	۱۲/۶۴	۴/۵۳	۰/۳۷۶	-۰/۳۲۸
فشار مراقبتی (کل)	۶۳/۰۵	۱۹/۳۸	۰/۲۴۸	-۰/۳۷۲
شفقت به خود (کل)	۳۳/۲۳	۶/۲۱	-۰/۱۷۲	-۰/۰۳۵
عاطفه منفی نسبت به خود	۱۶/۲۳	۴/۴۸	۱/۱۳	۱/۳۴
بی‌لذتی	۹/۳۲	۳/۲۲	۱/۲۵	۱/۳۶
افسردگی (کل)	۲۵/۵۴	۷/۲۶	۱/۲۵	۱/۶۲

جدول ۲ نشان داد میانگین فشار مراقبتی برابر با ۶۳/۰۵، شفقت به خود برابر با ۳۳/۲۳ و افسردگی برابر با ۲۵/۵۴ بود. نرمال بودن تک متغیره با شاخص‌های کجی و کشیدگی بررسی شد و چون مقادیر کجی و کشیدگی تمامی متغیرها در دامنه +۲ تا -۲ به دست آمد، نرمال بودن شکل توزیع متغیرها تأیید شد. در جدول ۳ همبستگی متغیرهای پژوهش در قالب ماتریس و با آزمون همبستگی پیرسون بررسی شد.

جدول ۲ نشان داد میانگین فشار مراقبتی برابر با ۶۳/۰۵، شفقت به خود برابر با ۳۳/۲۳ و افسردگی برابر با ۲۵/۵۴ بود. نرمال بودن تک متغیره با شاخص‌های کجی و کشیدگی بررسی شد و چون

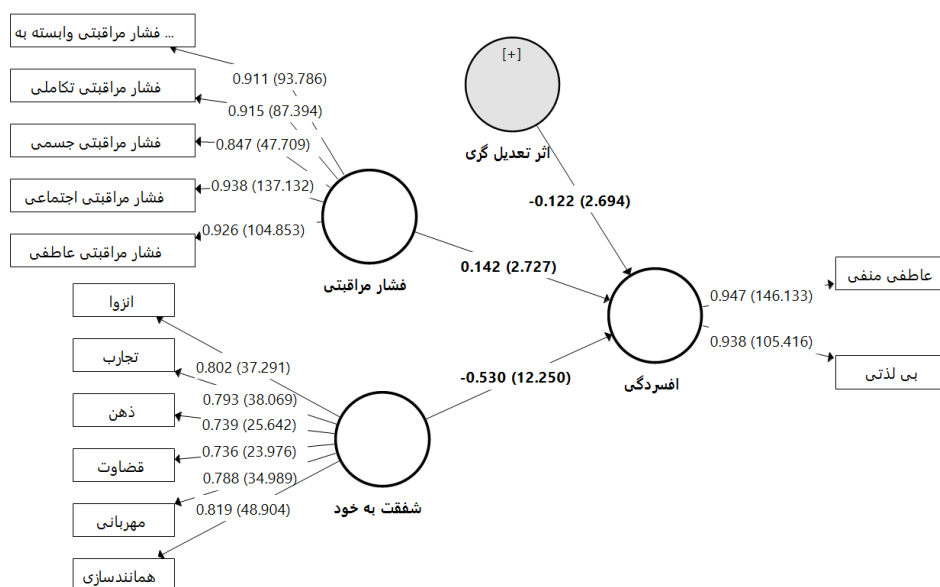
جدول (۳): آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. فشار مراقبتی وابسته به زمان										
۲. فشار مراقبتی تکاملی	۰/۸۱**									
۳. فشار مراقبتی جسمی	۰/۷۳**	۰/۶۸**								
۴. فشار مراقبتی اجتماعی	۰/۸۰**	۰/۸۵**	۰/۷۳**							
۵. فشار مراقبتی عاطفی	۰/۷۹**	۰/۸۰**	۰/۷۴**	۰/۸۶**						
۶. فشار مراقبتی (کل)	۰/۹۱**	۰/۹۱**	۰/۸۵**	۰/۹۳**	۰/۹۳**					
۷. شفقت به خود	۰/۴۴**	۰/۴۵**	۰/۳۴**	۰/۴۹**	۰/۴۸**	۰/۴۹**				
۸. عاطفه منفی	۰/۳۹**	۰/۳۸**	۰/۳۴**	۰/۳۹**	۰/۴۱**	۰/۴۲**	۰/۵۹**			
۹. بی لذتی	۰/۲۸**	۰/۳۰**	۰/۲۸**	۰/۳۳**	۰/۳۱**	۰/۳۳**	۰/۵۵**	۰/۷۸**		
۱۰. افسردگی	۰/۳۶**	۰/۳۷**	۰/۳۳**	۰/۳۸**	۰/۳۹**	۰/۴۱**	۰/۶۱**	۰/۹۶**	۰/۹۲**	

توجه: \* =  $p \leq 0.05$  و \*\* =  $p \leq 0.01$

مراقبتی و افسردگی برابر با  $0.49-$  بود که مقدار متوسطی بود و نشان داد مشکل همخطی بین متغیرهای پیش بین مشاهده نشد. مدل مفهومی پژوهش به همراه نقش تعدیل گری با روش حداقل مجذورات جزئی آزمون شد. شکل ۱ مدل تجربی در حالت ضرایب استاندارد است و آماره  $t$  در داخل پرانتز گزارش شده است. مقادیر  $t$  بزرگتر از  $1.96$  به معنای تأیید رابطه در سطح اطمینان  $95\%$  است ( $p < 0.05$ ).

نتایج آزمون همبستگی پیرسون (جدول ۳) نشان داد همبستگی معنی‌داری فشار مراقبتی و تمامی مؤلفه‌های آن و همچنین شفقت به خود با افسردگی مشاهده شد ( $p < 0.05$ ). جهت رابطه فشار مراقبتی و مؤلفه‌های آن با افسردگی، مثبت بود و جهت رابطه شفقت به خود با افسردگی، منفی بود. شدت همبستگی فشار مراقبتی با افسردگی برابر با  $0.41$  و شدت رابطه شفقت به خود با افسردگی برابر با  $0.61-$  بود. شدت همبستگی بین دو متغیر فشار



شکل (۱): مدل تجربی در حالت ضرایب مسیر استاندارد (و آماره  $t$ )

مطابق شکل ۱، مقادیر  $t$  تمامی مسیرها بیشتر از  $1/96$  است و در نتیجه تمامی روابط در مدل تجربی در سطح اطمینان حداقل ۹۵ درصد معنی‌دار بود ( $p < 0/05$ ). بررسی بارهای عاملی (ارتباط بین سازه‌های پنهان با نشانگرها یا مؤلفه‌ها) نشان داد تمامی بارهای عاملی بیشتر از  $0/50$  بود که نشان از این داشت که بخش اندازه‌گیری مدل از روایی مناسبی برخوردار بود. بررسی شاخص‌های برازش مدل نشان داد ضریب تعیین برای متغیر ملاک افسردگی برابر با  $0/402$  به دست آمد و بر این اساس فشار مراقبتی و شفقت به خود توانستند  $40/2$  درصد از واریانس افسردگی را تبیین کنند که نشان از قدرت تبیین متوسط مدل داشت. مقدار شاخص  $Q2$

مطابق شکل ۱، مقادیر  $t$  تمامی مسیرها بیشتر از  $1/96$  است و در نتیجه تمامی روابط در مدل تجربی در سطح اطمینان حداقل ۹۵ درصد معنی‌دار بود ( $p < 0/05$ ). بررسی بارهای عاملی (ارتباط بین سازه‌های پنهان با نشانگرها یا مؤلفه‌ها) نشان داد تمامی بارهای عاملی بیشتر از  $0/50$  بود که نشان از این داشت که بخش اندازه‌گیری مدل از روایی مناسبی برخوردار بود. بررسی شاخص‌های برازش مدل نشان داد ضریب تعیین برای متغیر ملاک افسردگی برابر با  $0/402$  به دست آمد و بر این اساس فشار مراقبتی و شفقت به خود توانستند  $40/2$  درصد از واریانس افسردگی را تبیین کنند که نشان از قدرت تبیین متوسط مدل داشت. مقدار شاخص  $Q2$

جدول (۴): نتایج بررسی اثرات مستقیم و اثر تعدیل‌گری بر اساس روش مدلسازی معادلات ساختاری

نوع تأثیر	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	مقدار $t$	مقدار $p$
فشار مراقبتی - افسردگی	۰/۱۴۲	۰/۰۵۲	۲/۷۲	۰/۰۰۷
شفقت به خود - افسردگی	-۰/۵۳۰	۰/۰۵۱	۱۲/۲۵	<۰/۰۰۱
اثر تعدیل‌گری (تعاملی)	-۰/۱۲۲	۰/۰۴۵	۲/۶۹	۰/۰۰۷

جهت تعدیلگری منفی بود و نشان از این داشت که با افزایش میزان شفقت به خود، شدت تأثیر فشار مراقبتی بر افسردگی کاهش می‌یابد. بنابراین نتایج نشان داد که شفقت به خود تأثیر فشار مراقبتی را بر علائم افسردگی در میان والدین کودکان مبتلا به سرطان تعدیل می‌کند. والدین با سطوح بالاتر شفقت به خود سطوح پایین‌تری از افسردگی را گزارش کردند. این یافته از مطالعه‌ی شو<sup>۱</sup> و همکاران (۵۶) که در کشور چین انجام شده و نقش تعدیل‌کنندگی شفقت به خود را در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان بررسی کرده است، حمایت می‌کند و با پژوهش‌های کسیدی و مک لافلین<sup>۲</sup> (۷۱)، مورفیلد<sup>۳</sup> و همکاران (۷۲) و لوید<sup>۴</sup> و همکاران (۵۳) که نشان داده‌اند مراقبینی که سطوح بالاتری از شفقت به خود را تجربه می‌کنند فشار مراقبتی کمتری را تجربه می‌کنند و مطالعات هسیه<sup>۵</sup> و همکاران (۵۴)، که نشان داد افزایش شفقت به خود در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان ریه با علائم افسردگی کمتر همراه است همسو می‌باشد. برای تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که شفقت به خود به حمایت از خود در هنگام تجربه رنج یا درد اشاره دارد - خواه ناشی از اشتباهات شخصی و نارسایی‌ها یا چالش‌های بیرونی زندگی باشد- روشی سازنده برای نزدیک شدن به افکار و احساسات ناراحت‌کننده است و بهزیستی ذهنی و جسمی را ایجاد

نتایج اثرات مستقیم (جدول ۴) نشان داد هر دو اثر مستقیم در مدل که مربوط به تأثیر فشار مراقبتی بر افسردگی و تأثیر شفقت به خود بر افسردگی بود مورد تأیید قرار گرفت ( $p < 0/05$ ). مطابق جهت تأثیر فشار مراقبتی بر افسردگی، مثبت بود و شدت تأثیر برابر با  $0/142$  بود. جهت شفقت به خود بر افسردگی، منفی بود و شدت تأثیر مقدار قوی و قابل‌توجهی بود و برابر با  $-0/530$  بود. جدول ۴ نشان داد اثر تعدیل‌گری تأیید شد ( $p < 0/05$ ). بر این اساس شفقت به خود توانست در رابطه بین فشار مراقبتی و افسردگی نقش تعدیل‌گر ایفا کند. شدت اثر تعدیل‌گری برابر با  $-0/122$  و جهت تعدیل‌گری منفی بود و نشان داد افزایش میزان شفقت به خود با کاهش شدت رابطه بین فشار مراقبتی و افسردگی همراه بود.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین نقش تعدیل‌کنندگی شفقت به خود در رابطه‌ی بین فشار مراقبتی و افسردگی در والدین کودکان زیر ۱۸ سال مبتلا به سرطان بوده است. این فرضیه با استفاده از تکنیک مدل‌یابی معادلات ساختاری به روش حداقل مجذورات جزئی آزمون شد. طبق نتایج آزمون مدلسازی معادلات ساختاری نقش تعدیلگری شفقت به خود در رابطه‌ی بین فشار مراقبتی و افسردگی تأیید شد.

<sup>4</sup> Lloyd

<sup>5</sup> Hsieh

<sup>1</sup> Xu

<sup>2</sup> Cassidy & McLaughlin

<sup>3</sup> Murfield



شفقت به خود رنج و دردهای فرد را به تجربه‌ی مشترک بشری پیوند میزند به طوری که فرد احساس می‌کند که به دیگران پیوسته است و تنها او نیست که چنین شرایط دشواری را تجربه می‌کند. از طرفی بسیاری از والدین در مراحل اولیه پس از تشخیص سرطان فرزندشان، خود را مقصر بیمار شدن فرزندشان می‌دانند (اسناد درونی که در آن افراد رویدادهای منفی را به ویژگی‌های خود نسبت می‌دهند می‌تواند زمینه ساز افسردگی باشد). آن‌ها دائماً خود را سرزنش کرده و تصور می‌کنند که در رسیدگی به فرزندشان کوتاهی کرده‌اند (۸۱). درحالی که شفقت به خود اولاً به والدین کمک می‌کند که با خود مهربان باشند، باور داشته باشند که تمام تلاششان را در آن موقعیت انجام داده‌اند و به جای سرزنش، تحقیر و حمله به خود، گفتار درونی آرام و دلگرم کننده‌ای با خود داشته باشد (مؤلفه‌ی مهربانی با خود در برابر قضاوت خود). ثانیاً کمک می‌کند که فرد نقص‌های خود را ببخشد چراکه اشتباه کردن و کامل نبودن بخشی از انسان بودن است (مؤلفه‌ی تجربه‌ی مشترک انسانی) (اسناد بیرونی). و از این طریق می‌تواند در کاهش احساس گناه که از علائم اصلی افسردگی می‌باشد مؤثر باشد. افزایش شفقت به خود همچنین با افزایش ذهن آگاهی و کاهش استرس مراقب همراه است و از این طریق با علائم افسردگی کمتر ارتباط دارد (۵۵). درواقع شفقت به خود به مراقبان اجازه می‌دهد تا آگاهی ذهنی بیشتری از افکار و احساسات دشوار خود داشته باشند و به تجربیات دشوار پاسخ سازنده دهند (۸۲). هوشیار بودن، افراد را قادر می‌سازد تا از تجربیات خود در لحظه‌ی حال آگاهی بیشتری داشته باشند و آن‌ها را بپذیرند و درعین حال ذهنشان کمتر درگیر افکار منفی شود، همین امر موجب کاهش سطح استرس و سایر پیامدهای منفی می‌شود (۸۳). سطوح بالاتر شفقت به خود در مراقبان، توانایی آن‌ها را برای تمرکز حواس، کاهش ادراکات آن‌ها از استرس مراقبتی و کاهش علائم افسردگی را تسهیل می‌کند (۸۴). بر این اساس، می‌توان گفت که آن دسته از مراقبان که شفقت به خود بالاتری دارند، می‌توانند به طور مؤثرتری از آگاهی ذهنی برای پاسخ دادن به استرس به روشی سازگارانانه برای کاهش افسردگی استفاده کنند. از طرفی دیگر شفقت به خود می‌تواند از طریق کاهش نشخوار فکری، علائم افسردگی را کاهش دهد (۸۵). همانند سازی افراطی با احساسات دردناک در مورد بیماری فرزند و تمایل به تثبیت شدن روی افکار و هیجانات منفی، باعث تشدید خلق افسرده‌ی والدین در طول دوره‌ی بیماری فرزند می‌گردد؛ حال آنکه شفقت به خود از طریق مؤلفه‌ی ذهن آگاهی به والدین کمک می‌کند که به جای سرکوب یا نشخوار احساسات یا هیجانات منفی، احساسات منفی خود را به طور متعادل مورد توجه

می‌کند (۷۳). همانطور که لازاروس و فولکمن<sup>۱</sup> (۷۴)، اشاره کرده‌اند، نحوه کنار آمدن فرد با یک موقعیت استرس‌زا تنها به خود رویداد مربوط نمی‌شود، بلکه به نحوه ارزیابی موقعیت توسط فرد و استراتژی‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده نیز بستگی دارد. از آنجایی که فشار مراقبتی یک پدیده‌ی ذهنی است و به درک فرد از موقعیت بستگی دارد شفقت به خود می‌تواند از طریق ذهن آگاهی (یکی از مؤلفه‌های شفقت به خود) که به معنای آگاهی متعادل از احساسها و افکار دردناک به جای اجتناب از سرکوب آن‌هاست، مقابله‌ی متمرکز بر هیجان را افزایش دهد و از این طریق به کاهش احساس فشار مراقبتی کمک کند (۷۵). لیم<sup>۲</sup> و همکاران (۷۶)، یک بعد متمایز از فشار مراقبتی را برجسته کرده‌اند که نگرانی‌های مراقب را در مورد انجام بیشتر و بهتر کار توصیف می‌کند. این بعد، نگرانی در مورد عملکرد فرد به‌عنوان یک مراقب نامیده می‌شود که از درجات خفیف بی‌کفایتی و نگرانی گرفته تا عناصر شدیدتر انتقاد از خود و احساس گناه را شامل می‌شود. والدینی که شفقت به خود بالاتری دارند کمتر خود را قضاوت کرده و با خود مهربان‌تر اند. همچنین گفتگوی درونیشان نرم‌تر است (مؤلفه‌ی مهربانی با خود در مقابل قضاوت خود). آن‌ها به را این باور اند که تمام کارهای ممکن را انجام داده و تلاش خود را کرده‌اند و دراین‌بین اگر نقص و اشتباهی هم در مراقبت از کودکشان صورت گرفته باشد طبیعی است چراکه تمام انسان‌ها جایز اشتباه کردن هستند (مؤلفه‌ی تجربه‌ی مشترک انسانی در مقابل انزوا). بنابراین احساسات منفی خود را پذیرفته و کمتر خود را به خاطر بی‌کفایتی یا ناتوانی در ارائه‌ی یک مراقبت ایده آل سرزنش می‌کنند (ذهن آگاهی در مقابل همانند سازی افراطی). درنتیجه شفقت به خود به این والدین کمک می‌کند تا نگرانی در مورد عملکرد مراقبت در آن‌ها کاهش یافته و فشار مراقبتی کمتری را احساس کنند و به احتمال کمتری در طی فرایند چالش برانگیز مراقبت دچار افسردگی گردند. همچنین افرادی که سطح شفقت به خود بالاتری دارند به احتمال زیاد در برابر سختی‌های محیطی و بین فردی انعطاف پذیری پیدا می‌کنند (۷۷)، تحمل رنج بالاتری در برابر احساسات دردناک و پیچیده دارند (۷۸)، در برابر فرسودگی شغلی، نگرانی و خستگی مقاوم‌تر هستند (۷۹،۸۰) در نتیجه کمتر احتمال دارد به افسردگی مبتلا شوند (۳۵). نف (۴۸) نشان داد که شفقت به خود به افراد کمک می‌کند تا نگرانی‌ها را با خود و دیگران به روشی متعادل ادغام کنند. علاوه بر این زمانی که والدین با تجربه‌ی دردناک سرطان فرزندشان مواجه می‌شوند احساس می‌کنند که چنین اتفاق دردناکی فقط برای آن‌ها اتفاق افتاده است (۸۱) و در این باره احساس بریدگی از سایر افراد دارند حال آنکه

2 Lim

1 Lazarus &amp; Folkman

و پذیرش قرار دهند و به‌گونه‌ای با خود ارتباط برقرار کنند که وجهی از خود، وجه دیگر را مورد شفقت قرار دهد. علاوه بر این، یکی از ویژگی‌های افراد دارای شفقت به خود داشتن تحمل رنج بالاست به این معنا که فرد قادر به ادامه دادن و تحمل سطوح عاطفی پیچیده است (۷۸) و طبیعی است والدینی که تحمل رنج بالاتری داشته باشند کمتر علائم افسردگی نشان می‌دهند. این امکان نیز وجود دارد که والدین دارای شفقت به خود، هنگام مراقبت از فرزندان مبتلا به سرطان، بیشتر با خود و فرزندان با مهربانی و شفقت رفتار کنند. این‌گونه نیست که این والدین از احساسات منفی خود اجتناب کنند یا به خودشان لطمه بزنند بلکه آنها نگرش مثبت و دلسوزانه نسبت به مراقبت دارند. درواقع شفقت به خود مستقیماً با احساس مهربانی با دیگران همراه است و با افزایش همدلی و همدردی در والدین به آن‌ها کمک می‌کند که بتوانند دنیا را از دید فرزندان ببینند بنابراین از اینکه می‌توانند با ارائه‌ی مراقبت، در جهت بهبودی فرزندان سودمند باشند احساسات مثبتی در طول مراقبت پیدا می‌کنند و مراقبت را کمتر به‌عنوان یک عمل آزارنده و فرسایشی ادراک می‌کنند. این طرز فکر از افسردگی مراقبین جلوگیری می‌کند و رشد تاب‌آوری را تسهیل می‌کند.

مطالعه‌ی دیگری نشان داد شفقت به خود بیشتر، والدین را قادر می‌سازد تا هم به افکار منفی خودشان و هم به نیازهای فرزندان به‌گونه‌ای سازگارتر پاسخ دهند در نتیجه کمتر به افسردگی مبتلا می‌شوند (۸۶). بنابراین این احتمال برای والدین کودکان مبتلا به سرطانی که شفقت به خود بالاتری دارند وجود دارد که زمانی که با چالش‌های مراقبت رو به رو هستند به افکار منفی خود در مورد بیماری فرزند یا سختی‌های همراه با مراقبت، به شیوه‌ی سازگارتری پاسخ دهند در نتیجه کمتر به افسردگی مبتلا شوند.

یافته‌های این مطالعه همچنین نشان داده است که پدران که شفقت به خود بالاتری دارند، به احساسات منفی فرزندان واکنش‌های ناراحت‌کننده کمتری نشان می‌دهند و مادرانی که سطح شفقت به خود بالاتری دارند کمتر در مقابل احساسات منفی فرزندان انتقاد می‌کنند (۸۶). از آنجایی که فرزندان والدینی که از پاسخ‌های مثبت برای مقابله با احساسات منفی فرزندان خود استفاده می‌کنند نسبت به فرزندان والدینی که واکنش منفی نشان می‌دهند و برانگیختگی کودک را افزایش می‌دهند بهتر می‌توانند احساسات خود را تنظیم کنند (۸۷، ۸۸)؛ این احتمال وجود دارد که والدین کودکان مبتلا به سرطانی که شفقت به خود بالاتری دارند، زمانی که فرزند در حال تحمل درد و رنج بیماری است و به‌طور مداوم احساسات منفی از خود نشان می‌دهد، در مقابله با احساسات منفی فرزند خود، واکنش‌های ناراحت‌کننده‌ی کمتر و پاسخ‌های مثبت‌تری از خود نشان دهند که این خود می‌تواند کمک کند که

فرزند مبتلا به سرطان‌شان بهتر و به شیوه‌ی درست‌تری احساسات خود را تنظیم کند چراکه والدینی که واکنش‌های ناراحت‌کننده‌ی کمتری از خود نشان می‌دهند احتمالاً این پیام را به فرزندان خود منتقل می‌کنند که احساسات فرزندان قابل درک است (۸۷) و زمانی که فرزند بتواند احساسات منفی خود را بهتر تنظیم کند، فشار مراقبتی ذهنی (شامل احساسات شخصی ایجاد شده در مراقب در حین انجام عملکرد مراقبت) و همچنین فشار مراقبتی عینی (شامل رویدادهای مرتبط با تجربیات مراقبت) (۱۱) کمتری بر والدین وارد می‌شود چراکه به گفته‌ی کالینز (۸۹) یکی از مؤلفه‌های فشار مراقبتی اختلال در روابط خانوادگی می‌باشد و فرض بیان شده می‌تواند اختلال در روابط خانوادگی را کاهش دهد و در نتیجه والدین به احتمال کمتری دچار افسردگی می‌گردند.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که نمونه‌گیری این پژوهش فقط در یک زمان به‌صورت مقطعی و با روش در دسترس انجام شده است. جمع‌آوری داده‌ها از طریق نمونه‌گیری در دسترس در چند بیمارستان به این معنی است که نتایج به همه والدین کودکان مبتلا به سرطان قابل تعمیم نیست. در این پژوهش در مورد فاز بیماری و اینکه آیا فرزند در مراحل اول بیماری بوده است یا خیر و اینکه آیا بیماری با عود همراه بوده است یا خیر، طول درمان و مراقبت ارائه شده به فرزند از والدین سؤال نشده است که این موارد ممکن است روی نتیجه‌ی پژوهش تأثیر گذار بوده باشند. از جمله مشکلاتی که در اجرای این پژوهش با آن‌ها مواجه بودیم این بود که باوجود اینکه این پژوهش پس از کاهش همه‌گیری ویروس کرونا انجام شد اما با توجه به شرایط خاص کودکان مبتلا به سرطان در ابتلا به این ویروس، امکان حضور در داخل بیمارستان محک مهیا نبود و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها با دشواری بسیاری همراه شد. شرایط خاص والدین در طول بیماری فرزندان، سختی درمان و بار روانی حاصل از بیماری کودک ممکن است بر دقت والدین در پر کردن پرسشنامه‌ها تأثیر گذار بوده باشد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد لذا از مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان و اساتید گرامی دانشکده روانشناسی تقدیر و تشکر داریم. همچنین از مسئولین محترم بیمارستان‌های محک، مفید، میلاد و بهرامی شهر تهران و نیز والدین کودکان مبتلا به سرطان شرکت‌کننده در این پژوهش که صبورانه در انجام این پژوهش مشارکت داشتند صمیمانه سپاسگزاری به عمل می‌آید.

### حمایت مالی

این مطالعه با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان انجام شده است.

## تضاد منافع

نویسندگان هیچکدام تضاد منافع ندارند.

## ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.Z.REC.1401.062 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان به تصویب رسیده است.

## References:

- Aliakbarian M, Karimi Moonaghi H, Emadzade A, Behnam Vashani H. The effect of group training on burden of caregivers of children with cancer. *Med J Mashhad Univ Med Sci* 2019;62(5):1692-9.
- Barani M, Hassani L, Ghanbarnejad A, Molavi M A. Relationship between self-efficacy and caring behavior of mothers of children with cancer. *J Prevent Med* 2019;6(1):26-35. <https://doi.org/10.29252/jpm.6.1.35>
- Childhood Cancers. National Cancer Institute (NCI) OF United States government. 2023.
- Abela KM, Wardell D, Rozmus C, LoBiondo-Wood G. Impact of pediatric critical illness and injury on families: an updated systematic review. *J Pediatr Nurs* 2020;1(51):21-31. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.10.013>
- Cincotta N. Psychosocial issues in the world of children with cancer. *Cancer* 1993; 15;71(S10): 3251-60. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19930515\)71:10<3251::AID-CNCR2820711718>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19930515)71:10<3251::AID-CNCR2820711718>3.0.CO;2-D)
- Toledano-Toledano F, Moral de la Rubia J, McCubbin LD, Cauley B, Luna D. Brief version of the coping health inventory for parents (CHIP) among family caregivers of children with chronic diseases. *Health Qual Life Outcomes* 2020;18(1):1-4. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01357-5>
- Al Omari O, Roach EJ, Shakman L, Al Hashmi A, Sunderraj SJ, Francis F, Joseph MA. The lived experiences of mothers who are parenting children with leukemia. *Cancer Nurs* 2021;44(6):E374-81. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000898>
- Ahmadi M, Rassouli M, Gheibizadeh M, Karami M, Poormansouri S. Predictors of caregiver burden among parents' children with cancer of. *Iran J Ped Hematol Oncol* 2019;9(4):253-63. <https://doi.org/10.18502/ijpho.v9i4.1574>
- Ozdemir Koyu H, Tas Arslan F. The effect of physical and psychosocial symptoms on caregiver burden of parents of children with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2021;30(6):e13513. <https://doi.org/10.1111/ecc.13513>
- Mellon S, Kershaw TS, Northouse LL, Freeman-Gibb L. A family-based model to predict fear of recurrence for cancer survivors and their caregivers. *Psychooncology* 2007;16(3):214-23. <https://doi.org/10.1002/pon.1074>
- Hoening J, Hamilton MW. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *Int J Soc Psychiatry* 1966;12(3):165-76. <https://doi.org/10.1177/002076406601200301>
- Liu Z, Heffernan C, Tan J. Caregiver burden: A concept analysis. *Int J Nurs Sci* 2020;7(4):438-45. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
- Shojaei J, Erfani A. Trends and Patterns of One-child Families in Iran. *Q J Soc Sci* 2019;26(85):89-105.
- Alizadeh f, Karimi Nia M, Ansari Moghadam M. Pathologies of only children in society (looking at Islamic orders). *J Achiev Human Stud* 2021;4(40):76-86.
- <https://www.daroovasalamat.ir/fa/doc/news/42040>
- Cheng Q, Ng MSN, Choi KC, So WKW. Unmet needs, anxiety, depression, and quality of life among caregivers of adolescents and young adults with cancer: A cross-sectional study. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2022;9(10):100108. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100108>
- Pan YC, Lin YS. Systematic review and meta-analysis of prevalence of depression among caregivers of cancer patients. *Front Psychiatry* 2022;13:817936. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.817936>

18. Ahmadi Pishkuhi M, Ahmadi M, Shoraka H, Chegeni M. Parents' experience of caring children with cancer: A qualitative study with phenomenological approach. *J Compr Pediatr* 2018;9(4):e65545. <https://doi.org/10.5812/compreped.65545>
19. Al Qadire M, Al-Sheikh H, Suliman M, Tawalbeh LI, Albashtawy M, Al-Radwan M, et al. Predictors of anxiety and depression among parents of children with cancer in Jordan. *Psychooncology* 2018;27(4):1344-6. <https://doi.org/10.1002/pon.4634>
20. Liu Y, Sundquist J, Sundquist K, Zheng D, Ji J. Mental health outcomes in parents of children with a cancer diagnosis in Sweden: A nationwide cohort study. *Eclin Med* 2023;55(101734):101734. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101734>
21. Dąbrowska A, Malicka I. Pediatric cancer as a Factor of changes in the family. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(9):5002. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095002>
22. Agbayani C-J, Tucker JA, Nelson EL, Martinez F, Cortes H, Khoury D, et al. Immunological and psychosocial functioning in parents of children with cancer. *Supp Care Cancer* 2022;30(4):3379-88. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06770-0>
23. Nair M, Paul L, Latha PT, Parukkutty K. Parents' knowledge and attitude regarding their child's cancer and effectiveness of initial disease counseling in pediatric oncology patients. *Indian J Palliat Care* 2017;23(4): 393-8. [https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC\\_83\\_17](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_83_17)
24. Gilsenan J, Gorman C, Shevlin M. Explaining caregiver burden in a large sample of UK dementia caregivers: The role of contextual factors, behavioural problems, psychological resilience, and anticipatory grief. *Aging Ment Health* 2023;27(7):1274-81. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2102138>
25. Morgan SP, Lengacher CA, Rodriguez CS. Caregiver burden in caregivers of patients with advanced stage cancer: A concept analysis. *Eur J Oncol Nurs* 2022;60(102152):102152. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102152>
26. Schandl A, Ringborg C, Målberg K, Johar A, Lagergren P. Caregiver burden and health-related quality of life among family caregivers of oesophageal cancer patients: a prospective nationwide cohort study. *Acta Oncol* 2022;61(10):1186-91. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2022.2119098>
27. Mohamed Mahmoud A, Helmy Osman L, Mohamed El- Sayed Gaafar M, Ibrahim Hassan gomaa N. Depression, burden, and self-efficacy among caregiving parents of children with cancer. *Egypt J Health Care* 2022;13(2):385-401. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2022.230387>
28. Unsar S, Erol O, Ozdemir O. Caregiving burden, depression, and anxiety in family caregivers with cancer of patients. *Eur J Oncol Nurs* 2021;50(101882):101882. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101882>
29. Sherwood PR, Given CW, Given BA, von Eye A. Caregiver burden and depressive symptoms: analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients: Analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. *J Aging Health* 2005;17(2):125-47. <https://doi.org/10.1177/0898264304274179>
30. Chaghazardi M, Janatolmakan M, Rezaeian S, Khatony A. Care burden and associated factors in caregivers of children with cancer. *Ital J Pediatr* 2022;48(1):92. <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01291-w>
31. Hagedoorn M, Sanderman R, Bolks HN, Tuinstra J, Coyne JC. Distress in couples coping with cancer: a meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychol Bull* 2008;134(1):1-30. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.1.1>
32. Hodges LJ, Humphris GM, Macfarlane G. A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Soc Sci Med* 2005;60(1):1-12. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.04.018>

33. Ahmadi M, Rassouli M, Karami M, Abasszadeh A, Poormansouri S. Care burden and its Related Factors in Parents of Children with Cancer. *Iran J Nurs* 2018;31(111):40-51.  
<https://doi.org/10.29252/ijn.31.111.40>
34. Northouse LL, Katapodi MC, Schafenacker AM, Weiss D. The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *Semin Oncol Nurs* 2012;28(4):236-45.  
<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2012.09.006>
35. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev* 2012;32(6):545-52.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
36. Zessin U, Dickhäuser O, Garbade S. The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Appl Psychol Health Well Being* 2015;7(3):340-64. <https://doi.org/10.1111/aphw.12051>
37. Marsh IC, Chan SWY, MacBeth A. Self-compassion and psychological distress in adolescents-a meta-analysis. *Mindfulness* 2018;9(4):1011-27.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>
38. Ahmed AN, Raj SP. Self-compassion intervention for parents of children with developmental disabilities: A feasibility study. *Adv Neurodev Disord* 2023;7(2): 277-89. <https://doi.org/10.1007/s41252-022-00305-2>
39. Brown L, Huffman JC, Bryant C. Self-compassionate aging: A systematic review. *Gerontologis* 2019;59(4):e311-24.  
<https://doi.org/10.1093/geront/gny108>
40. Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Pers Individ Dif* 2010;48(6):757-61.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.023>
41. Hlabangana V, Hearn JH. Depression in partner caregivers of people with neurological conditions; associations with self-compassion and quality of life. *J Ment Health* 2020;29(2):176-81.  
<https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1630724>
42. Hansen NH, Fjorback LO, Frydenberg M, Juul L. Mediators for the effect of compassion cultivating training: A longitudinal path analysis in a randomized controlled trial among caregivers of people with mental illness. *Front Psychiat* 2021;12:761806.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.761806>
43. Muris P, Petrocchi N. Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology: Self-compassion: Protection or vulnerability? *Clin Psychol Psychother* 2017;24(2): 373-83. <https://doi.org/10.1002/cpp.2005>
44. Jiang Y, You J, Zheng X, Lin M-P. The qualities of attachment with significant others and self-compassion protect adolescents from non-suicidal self-injury. *Sch Psychol Q* 2017;32(2):143-55.  
<https://doi.org/10.1037/spq0000187>
45. Foroughi A, Khanjani S, Rafiee S, Taheri A. Self-compassion: conceptualization, research, and interventions (Brief review). *Shenakht J Psychol Psychiatry* 2020;6(6):77-87.  
<https://doi.org/10.29252/shenakht.6.6.77>
46. Adie T, Steindl SR, Kirby JN, Kane RT, Mazzucchelli TG. The relationship between self-compassion and depressive symptoms: Avoidance and activation as mediators. *Mindfulness* 2021(7):1748-56.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-021-01637-1>
47. Han A, Kim TH. Effects of Self-Compassion Interventions on Reducing Depressive Symptoms, Anxiety, and Stress: A Meta-Analysis. *Mindfulness* 2023;5:1-29. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02148-x>
48. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self-Identity* 2003; 2(2):85-101.  
<https://doi.org/10.1080/15298860309032>
49. Heffernan M, Quinn Griffin MT, Sister Rita McNulty, Fitzpatrick JJ. Self-compassion and emotional intelligence in nurses: Self-compassion and emotional

- intelligence in nurses. *Int J Nurs Pract* 2010;16(4):366-73. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01853.x>
50. Kemper KJ, Mo X, Khayat R. Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals? *J Altern Complement Med* 2015;21(8):496-503. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0281>
51. Lutz A, Brefczynski-Lewis J, Johnstone T, Davidson RJ. Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. *PLoS One* 2008;3(3):e1897. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0001897>
52. Durkin M, Beaumont E, Hollins Martin CJ, Carson J. A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurs Educ Today* 2016;46:109-14. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.030>
53. Lloyd J, Muers J, Patterson TG, Marczak M. Self-compassion, coping strategies, and caregiver burden in caregivers of people with dementia. *Clin Gerontol* 2019;42(1):47-59. <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1461162>
54. Hsieh C-C, Lin Z-Z, Ho C-C, Yu C-J, Chen H-J, Chen Y-W, et al. The Short-and Long-term Causal Relationships Between Self-compassion, Trait Mindfulness, Caregiver Stress, and Depressive Symptoms in Family Caregivers of Patients with Lung Cancer. *Mindfulness* 2021;12(7):1812-21. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01642-4>
55. Hansen NH, Juul L, Pallesen K-J, Fjorback LO. Effect of a compassion cultivation training program for caregivers of people with mental illness in Denmark: A randomized clinical trial: A randomized clinical trial. *JAMA Netw Open* 2021;4(3):e211020. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.1020>
56. Xu S, Zhang H, Wang J. Caregiver burden and depression among Chinese family caregivers: The role of self-compassion. *Mindfulness* 2020;11(7):1647-54. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01378-7>
57. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *J Res Pers* 2007;41(1):139-54. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
58. Ahles TA, Correa DD, Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R. *Psycho-oncolgy* (2nd ed). New York, NY: Oxford University Press; 2010.
59. Gupta R, Pillai VK. Caregiver burden in south Asian families: A systems theory perspective. *J Ethn Cult Divers Soc Work* 2000;9(1-2): 41-53. [https://doi.org/10.1300/J051v09n01\\_03](https://doi.org/10.1300/J051v09n01_03)
60. Yang Y-L, Liu L, Wang Y, Wu H, Yang X-S, Wang J-N, et al. The prevalence of depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer* 2013;13(1):393. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-13-393>
61. Özabacı N. Quality of life as a predictor of depression. *Procedia Soc Behave Sci* 2010;2(2):2458-63. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.353>
62. Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist* 1989;29(6):798-803. <https://doi.org/10.1093/geront/29.6.798>
63. Shafiezadeh A, Heravi-Karimoo M, Rejeh N, Sharif Nia H, Montazeri A. Translation and primary validation of the Persian Version of Caregiver Burden Inventory. *Payesh* 2019;18(4):405-14. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01509-7>
64. Abbasi A, Asayesh H, Rahmani H, Shariati A, Hosseini S A, Rouhi G et al. The Burden on Caregivers from Hemodialysis Patients and Related Factors. *J Res Dev Nurs Midw* 2011;8(1):26-33.
65. Salmani N, Ashketorab T, Hasanvand Sh. The Burden of Caregiver and Related Factors of Oncology. *Adv Nurs Midwifery* 2014;24(84):11-8.
66. Beck AT, Rial WY, Rickels K. Short form of Depression Inventory: Cross-validation. *Psychol Rep*

- 1974;34 (3\_suppl):1184-6.  
<https://doi.org/10.1177/003329417403403s01>
67. Rajabi, G. R. Psychometric Properties of Beck Depression Inventory Short Form Items (BDI-13). *J Developmental Psychol* 2005;1(4):28-35.
68. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clin Psychol Psychother* 2011;18(3):250-5. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>
69. Shahbazi M, Rajabi G, Maghami E, Jelodari A. Confirmatory Factor Analysis of the Persian Version of the Self-Compassion Rating Scale-Revised. *Psychol Methods Models* 2015;6(19):31-46.
70. Byrne BM. *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. New York, NY: Routledge; 2010.
71. Cassidy T, McLaughlin M. Caring for a child with cancer: The role of attachment, self-compassion and social support. *Child Care Pract* 2021;1-13. <https://doi.org/10.1080/13575279.2021.1920369>
72. Murfield J, Moyle W, Jones C, O'Donovan A. Self-compassion, health outcomes, and family carers of older adults: An integrative review. *Clin Gerontol* 2020;43(5):485-98. <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1560383>
73. Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annu Rev Psychol* 2023;74(1):193-218. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047>
74. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer Publishing;1984.
75. Silva AL, Teixeira HJ, Teixeira MJC, Freitas S. The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scand J Caring Sci* 2013;27(4):792-803. <https://doi.org/10.1111/scs.12019>
76. Lim WS, Cheah WK, Ali N, Han HC, Anthony PV, Chan M, et al. Worry about performance: a unique dimension of caregiver burden. *Int Psychogeriatr* 2014;26(4):677-86. <https://doi.org/10.1017/S1041610213002445>
77. Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In: *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation*. New York, NY: Springer New York; 2015. [https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5\\_10](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5_10)
78. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat* 2009;15(3):199-208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
79. Dorian M, Killebrew JE. A study of mindfulness and self-care: A path to self-compassion for female therapists in training. *Women Ther* 2014;37(1-2):155-63. <https://doi.org/10.1080/02703149.2014.850345>
80. Raab K. Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *J Health Care Chaplain* 2014;20(3):95-108. <https://doi.org/10.1080/08854726.2014.913876>
81. Günay U, Özkan M. Emotions and coping methods of Turkish parents of children with cancer. *J Psychosoc Oncol* 2019; 37(3): 398-412. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1555197>
82. Jay Miller J, Lee J, Niu C, Grise-Owens E, Bode M. Self-compassion as a predictor of self-care: A study of social work clinicians. *Clin Soc Work J* 2019;47(4):321-31. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00710-6>
83. Colgan DD, Klee D, Memmott T, Proulx J, Oken B. Perceived stress mediates the relationship between mindfulness and negative affect variability: A randomized controlled trial among middle-aged to older adults. *Stress Health* 2019;35(1):89-97. <https://doi.org/10.1002/smi.2845>
84. Gilbert P, Catarino F, Duarte C, Matos M, Kolts R, Stubbs J, et al. The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *J Compassionate Health Care* 2017;4(1). <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3>
85. Barzegari A, Jahandari P, Mahmoodpour A, Naderi R. The Mediating Role of self-compassion in Terms of rumination and depression symptoms in Veterans with

- Post Traumatic Stress Disorder. Nurse and Physician Within War 2018;6(19):32-40.
86. Psychogiou L, Legge K, Parry E, Mann J, Nath S, Ford T, Kuyken W. Self-compassion and parenting in mothers and fathers with depression. *Mindfulness* 2016;7:896-908. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0528-6>
87. Fabes RA, Poulin RE, Eisenberg N, Madden-Derdich DA. The Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES): Psychometric properties and relations with children's emotional competence. *Marriage Fam Rev* 2002.
88. Eisenberg N, Fabes RA, Murphy BC. Parents' reactions to children's negative emotions: Relations to children's social competence and comforting behavior. *Child Dev* 1996;67(5):2227. <https://doi.org/10.2307/1131620>
89. Collins CE, Given BA, Given CW. Interventions with family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Nurs Clin North Am* 1994; 29(1):195-207. [https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(22\)02721-9](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)02721-9)



## THE MODERATING ROLE OF SELF-COMPASSION IN THE RELATIONSHIP BETWEEN CAREGIVER BURDEN AND DEPRESSION AMONG PARENTS OF CHILDREN WITH CANCER

Sahar Noursina<sup>1</sup>, Qamar Kiani<sup>2</sup>

Received: 15 August, 2023; Accepted: 22 October, 2023

### Abstract

**Background & Aims:** The increase in the cost of cancer treatment in Iran and the growth of single-child families have placed parents under more pressure than ever to take care of their child with cancer, which, among other traumas, increases the risk of depression. Increasing the level of compassion, given its protective role against psychological harm, can be beneficial in maintaining the mental health of the parents of these children. This study aims to determine the relationship between caregiving burden and depression in parents of children with cancer, focusing on the moderating role of self-compassion.

**Materials & Methods:** This research was descriptive-correlational, and the statistical population includes parents of children with cancer under 18 years of age. Three hundred seventy-six parents from Mahak, Bahrami, Mofid, and Milad hospitals participated in the study using the convenient sampling method. Participants were asked to respond to the Novak and Guest Caregiver Burden Inventory (CBI), Beck depression short form (BDI-II), and self-compassion short form. The data were analyzed using SPSS- and Smart PLS-3 software. The relationships between variables were evaluated using Pearson's correlation test and the research model was evaluated using the structural equation technique with the partial least squares (PLS) method.

**Results:** It was confirmed that caregiving burden has an effect on depression ( $p < 0.05$ ), and self-compassion also has an impact on depression ( $p < 0.05$ ) in the parents of the children with cancer. A significant relationship was found between caregiving burden and self-compassion ( $p < 0.05$ ). Furthermore, the study revealed that self-compassion mediates the relationship between caregiving and depression, with a mediating effect of -0.122 and a negative direction ( $p < 0.05$ ). This indicates that self-compassion can play a role in reducing the impact of caregiving burden on depression.

**Conclusion:** It can be concluded that self-compassion reduces depressive symptoms by helping parents better perceive the care of a child with cancer. Therefore, incorporating psychotherapy-based self-compassion in cancer treatment centers can effectively reduce the caregiving burden and depression in parents of children with cancer.

**Keywords:** Cancer, Caregiving Pressure, Children, Depression, Parents, Self-Compassion

**Address:** Department of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran

**Tel:** +982433469500

**Email:** noursinasahar@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Master of general Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran  
(Corresponding Author)